ITEM 81 : ŒIL ROUGE ET/OU DOULOUREUX

Diagnostic	SF		- **Rougeur oculaire** : unilatérale ou bilatérale, récente ou ancienne, aiguë ou chronique, brutale ou progressive - **Douleur superficielle** : - **Modérée**, à type de **sensation de grain de sable** → conjonctivite - **Plus importante** avec **photophobie** et **blépharospasme** → kératite aiguë - **Douleur profonde** : - **Modérée** → uvéite antérieure, épisclérite - **Intense** avec **irradiation dans le territoire du trijumeau** → glaucome aigu
	SC	Acuité visuelle	- Mesurée de loin et de près, avec correction optique si besoin
		Conjonctive	- **Rougeur en nappe d'aspect hémorragique** : hémorragie sous-conjonctivale → rechercher une plaie conjonctivale et un corps étranger intra-oculaire - **Rougeur diffuse** : conjonctivite - **Rougeur en secteur**: épisclérite, sclérite - **Rougeur autour du limbe scléro-cornéen** (vasodilatation des vaisseaux conjonctivaux limbiques, péri-cornéens, sur 360°) = **cercle péri-kératique** : kératite, uvéite antérieure
		Cornée	- **Perte de transparence** : œdème cornéen, abcès - **Dépôts sur sa face postérieure** = **dépôts rétro-descemétique** ou **rétro-cornéen** : uvéite
		Examen à la fluorescéine	= Instillation dans le cul-de-sac conjonctival d'un **collyre à la fluorescéine** (colorant orange) : révèle les ulcérations cornéennes en vert à la lumière bleue - **Ulcération unique** et **régulière** : traumatisme - **Ulcération localisée** avec **zone blanche adjacente** : kératite bactérienne avec abcès de cornée - **Ulcère dendritique en « fougère »** : kératite herpétique - **Kératite ponctuée superficielle** : kératite à adénovirus, syndrome sec oculaire, corps étranger sous palpébral
		Iris, pupille	- **Synéchies irido-cristalliniennes** : uvéite - **Myosis** : kératite ou uvéite aiguë - **Semi-mydriase aréflective** : glaucome aigu - **Atrophie irienne**: herpès
		Chambre antérieure	- **Chambre antérieure étroite ou plate** : glaucome aigu, plaie perforante - **Signes inflammatoire = effet Tyndall, précipités cornéens** : uvéite antérieure
		Tonus oculaire	- **Hypertonie** : glaucome aigu ou néovasculaire - **Hypotonie** : plaie oculaire transfixiante
		Conjonctive palpébrale	- **Follicules** (conjonctivite virale) ou **papilles** (conjonctivite allergique) - Rechercher systématiquement un**corps étranger** sous la paupière supérieure
		FO	- Recherche de **signes d'uvéite postérieure** en présence d'une uvéite antérieure
Œil rouge,sans douleur ni BAV		**Hémorragie sous-conjonctivale**	= Unilatérale, indolore : fréquente, banale, régresse en quelques semaines sans TTT - Spontanée, ou HTA, trouble de la coagulation, corps étranger intra-oculaire
Œil rouge unilatéral, douloureux, sans BAV		**Episclérite**	- **Douleur modérée,rougeuren secteur**, qui **disparaît au collyre vasoconstricteur** (**néosynéphrine**) - TTT : **corticothérapie locale** → Rechercher une maladie systémique en cas de récidive
		Sclérite	- **Douleur oculaire importante**, majorée à la mobilisation du globe - **Rougeur en secteur**, **ne disparaissant pas après instillation de collyre vasoconstricteur** - TTT : **AINS** par voie générale → Recherche une maladie systémique d'emblée : **spondylarthrite ankylosante**, **polyarthrite rhumatoïde**, **lupus**, **périartérite noueuse**, **Wegener**, **Behçet**, **tuberculose**, **sarcoïdose** → **Scléromalacie** = **sclérite perforante** : souvent associée à une PR, risque de perforation du globe
Yeux rouges, bilatéraux, douloureux, sans BAV		**Conjonctivite virale**	= **Adénovirus**…: très fréquente, contagieuse, par épidémies, bilatérale (en 2 temps) - **Sensation de grain de sable** ou **de corps étranger**, avec **prurit** - Signes associés : **sécrétions claires**, **follicules conjonctivaux**, **ADP pré-tragienne** douloureuse - Risque de **kérato-conjonctivite à adénovirus** - Evolution généralement spontanément favorable en 10-15 jours : **lavage** + **collyre antiseptique**
		Conjonctivite bactérienne	= Germes à Gram + : **streptocoque**, **staphylocoque**, ***Haemophilus***, plus rarement **gonocoque** - **Rougeur conjonctivale diffuse**, prédominante dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, le plus souvent bilatérale (parfois avec un intervalle libre) - **Sécrétions muco-purulentes ++**, collant les paupières le matin au réveil → Nouveau-né < 1 mois = infection maternofœtale : ***Chlamydia***++, **gonocoque, HSV2**…

		TTT	- **Hygiène des mains** : prévention de l'entourage - **Lavages oculaires fréquents au sérum physiologique** - **Collyre antiseptique** (l'antibiothérapie n'est pas systématique)
Yeux rouges, bilatéraux, douloureux, sans BAV	**Conjonctivite allergique**	= Sur un terrain atopique ou allergique connu, de façon saisonnière : - Atteinte bilatérale et récidivante : **prurit**, **chémosis** (œdème conjonctival), **sécrétions claires**, volumineuses **papilles conjonctivales inférieures** TTT : **collyre antiallergique** (**antihistaminique**) + bilan, éviction de l'allergène, désensibilisation	
	Conjonctivite à *Chlamydia*	**Conjonctivite à inclusion**	= **IST**, possiblement associée à une **urétrite** ou une **vaginite** - TTT : azithromycine en une prise
		Trachome	= Conjonctivite avec **néovascularisation cornéenne, fibrose du tarse, entropion** - Très fréquent dans les pays du tiers-monde, 2ème cause mondiale de cécité
	Syndrome sec oculaire	= **Insuffisance de sécrétion lacrymale** : rougeur, sensation de grains de sable, douleurs oculaires - **Test de Schirmer** = examen quantitatif de la sécrétion lacrymal par une bandelette de papier absorbant placé au niveau de la paupière inférieure : **< 5 mm en 5 minutes** - **Examen qualitatif de la qualité du film lacrymal** = instillation d'une goutte de fluorescéine dans le cul-de-sac inférieur, puis mesure du temps de **rupture du film lacrymal** (*break-up time*) **< 10 s** - Examen de la surface cornéenne par instillation de fluorescéine : **kératite ponctuée superficielle** - Examen de la surface conjonctivale par instillation au **vert de lissamine** (colore les cellules mortes)	
		Cause	- **Involution sénile des glandes lacrymales** (le plus souvent) - **Syndrome de Gougerot-Sjögren**
		TTT	- **Substituts lacrymaux** : **larmes artificielles, gels** - Eviction des facteurs irritants : soleil (lunettes teintées), climatisation, air sec, tabac - **Occlusion temporaire ou permanente des points lacrymaux** - TTT généraux : **parasympatholytique, fluidifiant**
	Autres	- **Maladie de Basedow** - Conjonctivite d'irritation : **tabac, poussière**	
Œil rouge douloureux avec BAV	**Kératite aiguë**	= Atteinte cornéenne avec **ulcérations superficielles** - Manifestations : **BAV** (variable selon la localisation de l'atteinte), **douleurs oculaires superficielles importantes**, **larmoiement**, **photophobie**, **blépharospasme** - Examen à la lampe à fente : **érosions** et **ulcérations** de la cornée, **perte de transparence localisée**, **cercle périkératique,** avec chambre antérieure de profondeur et d'aspect normal	
		Kératite à adénovirus	= Kérato-conjonctivite à adénovirus ou épidémique : complique une conjonctivite - Petites ulcérations disséminées : **kératite ponctuée superficielle** - Evolution toujours favorable, mais possibles **opacités séquellaires** dans les couches antérieures du stroma cornéen, disparaissant en plusieurs mois/années
		Kératite herpétique	- **Ulcération dendritique** d'aspect typique : arborescente, en feuille de fougère - Risque évolutif : **récidive** ++, **kératite profonde** par atteinte cornéenne stromale - **TTT antiviral :** par **voie générale** = **valaciclovir** ± **local** = **aciclovir** x 1 à 2 semaines ➙ Peut être aggravée par une corticothérapie locale (jusqu'à la perforation cornéenne) : ne jamais prescrire une corticothérapie locale sans l'avoir éliminé
		Kératite zostérienne	= **Zona ophtalmique** : peut se compliquer de - **Kératite ponctuée superficielle** : contemporaine de l'épisode aigu - **Kératite neuro-paralytique**: kératite dystrophique 2ndr à l'anesthésie cornéenne - TTT : **valaciclovir** instauré précocement (< 3 jours) + **protecteur cornéen**
		Kératite bactérienne, parasitaire, mycotique	= Généralement **surinfection bactérienne** d'une **ulcération traumatique** (coup d'ongle, branche d'arbre…) ou **ulcération bactérienne sous lentille de contact** - **Plage blanchâtre d'infiltration cornéenne,** colorée à la fluorescéine - Parfois avec niveau liquide purulent dans la chambre antérieur = **hypopion** - **Prélèvement de l'abcès** e : examen direct, culture et antibiogramme - Complication : - Précoce : **endophtalmie**, **perforation cornéenne** - A distance : **taie cornéenne cicatricielle** (BAV définitive) ➙ Chez un porteur de lentilles de contact : évoquer **kératite amibienne ++**
			TTT : - **Collyre antibiotique** plusieurs fois par jour si forme peu sévère - **Hospitalisation** : **collyres fortifiés** toutes les heures si abcès important
		Syndrome sec	- Risque de **kératite ponctuée superficielle**
		Kératite d'exposition	= Lors d'une **paralysie faciale** par mauvaise occlusion palpébrale (**lagophtalmie**) - TTT préventif : **protecteurs cornéens** - Peut nécessiter une **tarsorraphie transitoire** (suture palpébrale)

<table>
<tr><td rowspan="5">Œil rouge douloureux avec BAV</td><td rowspan="4">Uvéite antérieure</td><td colspan="3">= Iridocyclite : inflammation de l'iris et du corps ciliaire
- Rougeur oculaire, BAV et douleurs profondes, généralement modérées
- Atteinte uni- ou bilatérale, parfois récidivante et à bascule</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Examen à la fente</td><td colspan="2">- Cercle périkératique
- Pupille en myosis
- Synéchies irido-cristalliniennes : adhérences inflammatoires entre la face postérieure de l'iris et la capsule antérieure du cristallin, responsable d'une déformation pupillaire
- Phénomène de Tyndall : présence de protéines et de cellules inflammatoires circulant dans l'humeur aqueuse
- Précipités rétro-cornéens : dépôts de cellules inflammatoires à la face postérieure de la cornée, peuvent être fins ou granuleux
➙ Examen systématique du fond d'œil : recherche d'une atteinte vitréenne, rétinienne ou choroïdienne signant une uvéite postérieure</td></tr>
<tr><td>Uvéite granulomateuse</td><td>= Présence de précipités rétro-descemétiques en « graisse de mouton », et parfois de nodules iriens
- Début insidieux, sans rougeur oculaire
- Evocateur de sarcoïdose
- Non liée à HLA B27 : détermination du HLA non nécessaire (coûteuse)</td></tr>
<tr><td>Etiologie</td><td colspan="2">➙Bilan de 1ère intention : NFS, VS/CRP, ECA, sérologie syphilis, HLA B27, IDR + RP
- Idiopathique : aucune cause retrouvée dans 50% des cas
- Spondylarthrite ankylosante : uvéite antérieure fréquente, souvent à hypopion, récidivante
- Infectieuse : tuberculose, syphilis
- Uvéite herpétique : hypertonie, atrophie irienne
- Arthrite juvénile idiopathique : uvéite sévère avec cataracte et kératite en bandelette
- Sarcoïdose : dépôts rétro-descemétiques, nodules iriens, atteinte postérieure fréquente
- Maladie de Behçet : uvéite antérieure récidivante, à hypopion, hyalite, vascularite rétinienne
- Lupus érythémateux disséminé
- Lymphome oculo-palpébral chez le sujet âgé</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td colspan="2">- TTT local systématique : - Collyre mydriatique (prévention des synéchies et antalgique)
- Collyre corticoïdes</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Œil rouge douloureux avec BAV</td><td rowspan="5">Glaucome aigu par fermeture de l'angle</td><td colspan="3">= Blocage pupillaire par accolement de la face antérieure du cristallin et de la face postérieur de l'iris sur 360° ➙ fermeture de l'angle iridocornéen ➙↗ de pression intra-oculaire ➙ œdème cornéen, ischémie du sphincter irien (semi-mydriase aréflectique) et atrophie optique si prolongée
- Facteur prédisposant : - Forte hypermétropie
- Chambre antérieure étroite, angle iridocornéen étroit
- Gros cristallin : sujet âgé
- Souvent dans une circonstance entraînant une mydriase : stress, médicament, passage à l'obscurité</td></tr>
<tr><td>SF</td><td colspan="2">- Bruyants : - Douleur très profonde, irradiant dans le territoire trijumeau
- Souvent associée à des nausées et des vomissements
- BAV brutale et massive
- En l'absence de traitement précoce : évolution rapide, en quelques jours, vers la cécité</td></tr>
<tr><td>SC</td><td colspan="2">- Perte de transparence de la cornée de façon diffuse : œdème cornéen
- Pupille en semi-mydriase aréflectique
- Gonioscopie : chambre antérieure étroite, angle iridocornéen fermé
- Hypertonie oculaire majeure : > 50 mmHg
➙ Examen systématique de l'œil controlatéral (même prédisposition anatomique)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TTT</td><td colspan="2">➙ Urgence thérapeutique (risque de cécité et bilatéralisation) : hospitalisation</td></tr>
<tr><td>Médical</td><td>- Collyre hypotonisant : associer plusieurs classes, uniquement dans l'œil atteint
- Collyre myotique = pilocarpine : instillé toutes les heures, dans les 2 yeux
- Inhibiteur de l'anhydrase carbonique IV (Diamox®): en l'absence de contre-indication (allergie aux sulfamides, insuffisance rénale sévère, IHC sévère, antécédent de colique néphrétique), avec supplémentation potassique
- Solutés hyperosmolaires = Mannitol® 20% : en l'absence de contre-indication (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale)</td></tr>
</table>

			Etiologique	= Une fois la crise traitée (tonus oculaire normalisé) : sur l'œil atteint ET sur l'œil controlatéral - **Iridotomie périphérique au laser Yag** - **Iridectomie chirurgicale** en 2nd intention en cas d'échec
Œil rouge douloureux avec BAV	**Glaucome néovasculaire**	= Contexte d'ischémie rétinienne : **- Rétinopathie diabétique compliquée** **- Occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR)** **- Drépanocytose**…		
		C	- Présence de **néovaisseaux** sur l'iris (**rubéose irienne**) et dans l'angle irido-cornéen - Symptomatologie de glaucome aigu avec **myosis** et **synéchies** - FO après dilatation pupillaire : recherche de signes d'ischémie et de néovaisseaux	
		TTT	- **Hypotonisant** locaux et généraux **- Collyre mydriatique** *(différence avec le GAFA mais hors programme)* - **Photocoagulation** en urgence et/ou **injection d'anti-VEGF**	
	Endophtalmie	= Pénétration d'un microorganisme à partir d'une porte d'entrée oculaire : - En **post-opératoire** sur un œil opéré depuis < 1 mois (y compris **injection intra-vitréenne**) - Après un **traumatisme perforant**, surtout avec **corps étranger intra-oculaire** **-** Rarement **endogène** par voie hématogène : staphylocoque, streptocoque, *Candida* (toxico IV)		
		C	- Œil rouge, douloureux, avec BAV - Signes associées : **œdème palpébral, sécrétion, cercle péri-kératique, effet Tyndall intense, hypopion, œdème cornéen** - FO : **hyalite** intense	
		TTT	→ Hospitalisation en urgence - **Ponction de chambre antérieure ou de vitrée** pour examen bactériologique - **Antibiothérapie intra-vitréenne** + **Antibiothérapie IV** **-** une vitrectomie peut être discutée dans les cas sévères	